



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Delgado Rodríguez, Irene; Arroyo Rodríguez, Almudena. Redes de apoyo social en los cuidados de enfermería en la anorexia nerviosa. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0782.php>

**CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA
“SAN JUAN DE DIOS”
Universidad de Sevilla**

GRADO EN ENFERMERÍA

**TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO 2013-2014**

**REDES DE APOYO SOCIAL EN LOS CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN LA ANOREXIA NERVIOSA**

**SOCIAL SUPPORT NETWORK IN NURSING CARES
IN ANOREXIA NERVOSA**

**IRENE DELGADO RODRÍGUEZ
Bormujos, Mayo 2014**

REGLAMENTO DEL TRABAJO FIN DE GRADO
CENTRO DE ENFERMERÍA “SAN JUAN DE DIOS”
Bormujos, Sevilla

ANEXO II: AUTORIZACIÓN TFG

D/Dña: Almudena Aroyo Rodríguez
Profesor/a del Departamento: Enfermería

Acredita que:

El Trabajo Fin de Grado titulado: REDES DE APOYO SOCIAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Realizado por D/Dña Irene Delgado Rodríguez

Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa públicas.

Sevilla, a 5 de Mayo de 2014
El Tutor/a,

Fdo: Almudena Arroyo Rodríguez

COMISIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO DEL GRADO EN ENFERMERÍA
DEL CENTRO DE ENFERMERÍA “SAN JUAN DE DIOS”

Agradecimientos

Gracias a mi tutora, Almudena Arroyo Rodríguez, por su confianza constante en mi trabajo, su dedicación y por convertir en fácil lo difícil.

A mis compañeros de grupo y de clase, por las largas horas resolviendo dudas y por los cuatro maravillosos años que hemos pasado juntos.

Gracias a mi madre, por nuestras intensas conversaciones en la cocina que han dado lugar a tantas nuevas ideas. A mi hermano Alberto, por ayudarme cuando no sabía cómo continuar y a mi pareja y el resto de mi familia, por su siempre apoyo incondicional.

Sin duda alguna, a mis amigas, por haber formado todas y cada una de ellas parte de esta historia. Y en especial a María, por ser la inspiración de este proyecto.

A todos los que valoran tanto mi devoción por la enfermería, gracias de corazón.

“El ser humano puede soportar una semana de sed, dos semanas de hambre, muchos años sin techo, pero no puede soportar la soledad”

Paulo Coelho

ÍNDICE

0. Resumen	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Planteamiento del problema de investigación	5
1.2. Antecedentes y lagunas de conocimiento	7
1.3 Marco teórico	12
1.4 Objetivos.....	16
2. METODOLOGÍA.....	17
2.1 Diseño del estudio.....	17
2.2 Sujetos de estudio	17
2.3 Variables o dimensiones del estudio.....	18
2.4 Técnicas de recogida de datos.....	18
2.5 Análisis de datos	19
2.6 Aspectos éticos	20
2.7 Limitaciones y prospectiva del estudio.....	21
2.8 Fases del estudio	21
3. BIBLIOGRAFÍA	23
4. ANEXOS	26
Anexo 1.....	26
Anexo 2.....	26
Anexo 3.....	28
Anexo 4.....	29
Anexo 5.....	30
Anexo 6.....	31

Resumen

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos de la conducta alimentaria más frecuente. Los cambios emocionales, corporales y del desarrollo cognitivo propios de la etapa, la presión social hacia la delgadez o las conductas de imitación del grupo, son algunos de los múltiples factores que pueden justificar la gran prevalencia de estos trastornos en adolescentes y afectando principalmente a la población femenina. A medida que el adolescente se desarrolla, se hace más autónomo respecto de sus padres. Las relaciones familiares siguen siendo las más influyentes de las relaciones personales pero por otro lado, el grupo de amigos cobra un papel importante en el desarrollo de la persona, constituyendo así un segundo nexo de unión y a su vez, nuevas orientaciones, compañías, fuentes de información y apoyo. El estudio de las redes de apoyo social es una herramienta muy utilizada en áreas como la psicología, antropología o sociología, pero en el ámbito de enfermería su documentación, aunque importante, es reducida. Es por ello que nos planteamos como objetivo analizar las redes de apoyo social de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa, a través de la relación enfermera-paciente, con la consiguiente búsqueda de la mejora en el cuidado de enfermería en este ámbito. Se abordará desde un enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, siendo la entrevista en profundidad el método de recolección de datos. Los participantes del estudio serán elegidos a través de un muestreo por conveniencia.

Palabras clave: anorexia nerviosa, adolescencia, red de apoyo social, cuidado de enfermería.

Abstract

Anorexia nervosa is one of the most common types of eating disorders. Changings on cognitive, emotional and physical development typical of the age, social pressure to thinness or knocking off conducts of the group, are some of multiple factors that may justify the great prevalence of these disorders during the period of adolescence and affecting mainly to the feminine population. While the teenager develops, becomes more autonomous from its parents. Familiar relationships, continuous being the most influential of the personal relationships but on the other hand, groups of friends turns to an important position in the personal development, creating a second link of unit and at the same time, new orientations, companies, information resources and support. The study of the social support networks is a common item used in different areas like psychology, anthropology and sociology, but in nursing its documentation, although it is important, there is not too much information. That is why we set ourselves as objective analyze social support networks from teenagers diagnosed of anorexia nervosa, through the relationship between nursery and patient, searching the improvement in the nursing cares in this term. It will be addressed from a qualitative approach of phemenological design, being the extensive interview the data collection method. Participants of this study will be chosen through theoretical and convenience samplings.

Key Words: anorexia nervosa, adolescence, social support network, nursing cares.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema de investigación

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), caracterizado por el rechazo a mantener un peso corporal adecuado a la edad y talla (Womble, 2012). Es una enfermedad psiquiátrica grave, caracterizada por alteraciones en el comportamiento y actitud ante la alimentación, presentándose una alteración de la percepción de la imagen corporal y miedo intenso a ganar peso (Portela, da Costa, Mora, & Raich, 2012). También pueden presentarse diferentes signos y síntomas como son la amenorrea, la práctica de ejercicio compulsivo, una preocupación obsesiva por la comida, retraimiento social, negación de la enfermedad, letargo, depresión y/o reducción de la libido (Womble, 2012).

Es uno de los trastornos psicológicos de mayor relevancia, ya que, a pesar de que un 30% de los casos progresa hasta la recuperación, un 30% presenta síntomas y recaídas durante el resto de su vida, otro 30% tiende a cronificarse y el 10% restante fallece (Benito & Diéguez, 2007)

En cuanto a la relación de la adolescencia con la aparición de AN, además de los múltiples factores que pueden incidir en el diagnóstico, se estima que existen una serie de variaciones genéticas que contribuyen en un 50-85% a la aparición de factores de riesgo de síntomas de TCA y preocupación por la imagen corporal (Portela et al., 2012). A pesar de que se ha descrito que la aparición de AN puede deberse a antecedentes familiares de depresión y enfermedades psicopatológicas, en la actualidad se desconocen los genes específicos implicados y la forma en la que estos interactúan con el ambiente para incrementar el riesgo de padecer estos trastornos (Raich, 2011).

El término adolescencia proviene del latín y significa “crecer” o “madurar” (Jáuregui, 2006). Es el período de transición entre la infancia y la vida adulta, implicando un gran desafío debido a los múltiples cambios tanto psicológicos como sociales, cognoscitivos o físicos que acontecen (Orcasita & Uribe, 2010; Toro, 2010). En el caso de los cambios físicos y sexuales, debemos catalogarlos dentro del término pubertad (Jáuregui, 2006).

Cambios físicos como el incremento del tejido graso femenino y el mucho o poco desarrollo muscular masculino son los que más inciden en la preocupación del adolescente. En las chicas, la edad donde más frecuentemente aparecen intentos de comer menos es entre los 9 y los 13 años y a partir de la menarquia, es cuando, al aumentar su índice de masa corporal, procuran perder peso. Todos estos cambios conllevan un esfuerzo de adaptación, lo que ha sido parcialmente catalogado como respuesta de estrés, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno psiquiátrico (Toro, 2010). Según Rojas Marcos en Castellano (2013), esa patología del estrés induce a los jóvenes a refugiarse en el grupo de amigos, buscando la cohesión y afectividad que no encuentran en los adultos.

El papel de los amigos es fundamental en el desarrollo evolutivo, llegándose a considerar como la “segunda familia” y estableciéndose como una red de apoyo de gran importancia durante la adolescencia (Castellano, 2013; Orcasita & Uribe, 2010), por lo que encontramos una modificación sustancial en las relaciones entre los padres e hijos adolescentes. La mayor parte de los jóvenes, continúan considerando a sus padres como fuente primaria de orientación, bienestar y asistencia pero, por otro lado, el grupo de amigos cobra un papel importante en el desarrollo de la persona, constituyendo así otra fuente de información, apoyo, intimidad y nuevas orientaciones (Toro, 2010). No obstante, a pesar de que las relaciones con los iguales constituyen una experiencia que influye positivamente en el bienestar de los jóvenes (Martínez, Inglés, Piqueras, & Ramos, 2010) debemos tener en cuenta que pueden tener un efecto importante en la

insatisfacción corporal, aspectos como la dieta se comparten dentro de la relación del grupo (Woelders, Larsen, Scholte, Cillessen, & Engels, 2010).

Esta modificación de las relaciones interpersonales en la adolescencia debe ser considerada, ya que las redes sociales contribuyen en el diagnóstico de procesos psicopatológicos y tienen un gran impacto sobre las posibilidades de intervención con las personas afectadas por enfermedades crónicas, como puede ser la AN (Leonidas & dos Santos, 2013), por lo que nos planteamos si la red de apoyo social es un aspecto clave en el cuidado enfermero de la anorexia nerviosa y la recuperación de estas pacientes¹, concepto que, entre otros, justifica nuestro estudio.

El hecho de encontrar estudios que perciban a la familia como parte del tratamiento pero no a otras redes de apoyo (como pueden ser las relaciones de amistad) junto con la estadística que pone de manifiesto la prevalencia de casos de anorexia nerviosa en la adolescencia y los cambios en las relaciones interpersonales que se dan en esta etapa, nos ha motivado a explorar y analizar las redes de apoyo social de jóvenes diagnosticadas de AN, con el objetivo de cubrir sus necesidades, trabajar con estas pacientes de forma integral y hacer visible a enfermería en la elaboración de redes de apoyo social para mejorar la atención prestada y sopesar en cada caso qué personas de la red de apoyo son las más significativas para la persona y su pronta recuperación.

Resulta oportuno añadir, mi vivencia personal como miembro de la red de apoyo social de una persona diagnosticada de AN. Durante todo el tratamiento, el grupo de amigos en ninguna ocasión hemos intervenido. Nunca un profesional sanitario nos ha explicado en qué consiste la enfermedad o cómo actuar frente a la aparición de síntomas, y teniendo en cuenta nuestra relación interpersonal constante con el sujeto, siempre hemos creído posible nuestra colaboración, pero no se nos ha dado la posibilidad o quizás la información para llevarlo a cabo.

Con todo lo expuesto anteriormente, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo es el mapa de red de una persona diagnosticada de anorexia nerviosa? ¿Qué percepción tiene una persona diagnosticada de anorexia nerviosa sobre el apoyo recibido por parte de sus relaciones de amistad? ¿Cómo es la relación entre la persona diagnosticada de anorexia nerviosa y los sujetos que conforman su red de apoyo social durante el transcurso del trastorno de alimentación?

¹ Durante el presente proyecto, haremos referencia a los pacientes en términos femeninos, debido a alta prevalencia de casos de AN en el colectivo femenino a diferencia del masculino.

1.2. Antecedentes y lagunas de conocimiento

A pesar de la creencia de que los TCA son enfermedades nuevas, existen documentos que aseguran la existencia de estos trastornos a lo largo de la historia. Tanto es así, que en la cultura egipcia y judeo-cristiana se han conocido prácticas de ayuno con finalidad espiritual y religiosa y más tarde en la edad media, también se han constatado casos de religiosas que probablemente los padecieron. En 1689, Richard Morton formaliza la primera descripción médica de la anorexia como una “consunción nerviosa” (Jáuregui, 2006). A partir de entonces, son numerosos los expertos que continúan perfilando el concepto de AN y diferenciando los dos tipos que existen según los síntomas que se presentan.

Tabla 1. Síntomas presentes en cada uno de los tipos de anorexia nerviosa. (Elaboración propia a partir de Lobo, 2013)

ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA	Comportamientos de rechazo de alimentos
	Comer sin compañía
	Comer de forma lenta
	Ocultación de la comida
	Restricción de la ingesta
ANOREXIA NERVIOSA PURGATIVA	Se presenta unida a la bulimia nerviosa (trastorno caracterizado por el consumo excesivo de alimentos)
	Presencia de atracones y comportamientos restrictivos
	Vómitos autoinducidos
	Antecedentes de sobrepeso
	Distimia

El abordaje del paciente diagnosticado de AN se considera dificultoso, ya que la etiología del trastorno es multifactorial, lo que exige a los agentes de salud comprender al paciente de forma global y el uso de diferentes recursos terapéuticos. Consecuentemente, encontramos discrepancias entre los diferentes autores a la hora de clasificar los factores etiológicos de la AN, definiéndose algunos como predisponentes o mantenedores. No obstante, concluimos que la interacción de estos factores junto a la predisposición genética, puede conducir al desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario, a pesar de que no sea posible exponer cuántos ni cuáles de ellos son necesarios para la aparición del mismo (Raich, 2011).

Existen una serie de factores individuales como son, la tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión pero con actitud competitiva y búsqueda de ideales elevados, además de desequilibrios emocionales, hiperresponsabilidad y acontecimientos estresantes como por ejemplo, la muerte de un familiar próximo, pérdida de empleo, casarse o tener hijos, que pueden demandar de la persona una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone y que predisponen y/o mantienen el trastorno (Lobo, 2013; Raich, 2011). También es común que antes de haber sido diagnosticado el trastorno, hayan realizado dietas o conductas para disminuir peso, lo que en algunos casos puede progresar hasta la patología en sí (Raich, 2011).

Por otro lado, se ha comprobado recientemente que la insatisfacción corporal que conlleva la aparición de los TCA, está influenciada por presiones socioculturales, mediante los medios de comunicación y relaciones interpersonales e imponiéndose así el modelo de cuerpo delgado (Portela et al., 2012). En cuanto a relaciones

interpersonales se refiere, los factores familiares y grupo de iguales, pueden influir de forma negativa en la aparición o mantenimiento del trastorno, dificultándose las relaciones sociales. La familia puede hacerlo por un lado, mediante desaprobaciones y críticas sobre el cuerpo, peso o forma de comer de los hijos y por otro, mediante la preocupación de los padres sobre su propio cuerpo (Toro, 2010). Si bien, no hay ningún patrón establecido de cómo es una familia donde hay un caso de AN pero se considera que un estilo educativo extremo que rinda excesiva importancia a la apariencia podría ser un factor de vulnerabilidad (Jáuregui, 2006). En lo que respecta al grupo de amistades, su influencia es de suma importancia durante la adolescencia, ya que los jóvenes que se relacionan en estos grupos comparten niveles similares de insatisfacción corporal, restricciones alimentarias y conductas de riesgo para adelgazar (Toro, 2010; Woelders et al., 2010).

En cuanto a la prevalencia, tal y como expone Jáuregui (2005), hay disparidad en cuanto a si ha habido aumento o no del número de casos de este trastorno en las últimas décadas. Esto puede ser debido a problemas metodológicos inherentes a los estudios de prevalencia, ya que algunos de ellos realizaban entrevistas diagnósticas únicamente a los sujetos preseleccionados como posibles casos, sumado a la tendencia por parte de estos pacientes a falsear y ocultar su sintomatología (Peláez, Raich, & Labrador, 2010). A pesar de las discrepancias en cuanto a su prevalencia, numerosos estudios afirman que la incidencia parece haber aumentado notablemente a partir de los últimos años sesenta (Toro, 2010).

La AN suele iniciarse entre los 13 y los 18 años y más del 90% de los casos se dan en mujeres (Womble, 2012). Según APA (American Psychological Association) en el año 2000, la prevalencia durante la vida, es decir, el número de casos que pueden presentar la enfermedad a lo largo de su vida en una población, es de 0.5% en mujeres jóvenes en EEUU y Europa, o lo que es lo mismo, una de cada 200 mujeres puede sufrir anorexia nerviosa durante su vida (Raich, 2011).

En los adolescentes del mundo occidental, la prevalencia de los TCA en general es de un 1%, y concretamente en España, la prevalencia en población adolescente femenina está entre 3.63% y 5.17% y en varones alrededor del 0.77% (Toro, 2010). Por tanto, no es de extrañar el gran número de investigaciones que han relacionado la sintomatología propia de los TCA con el desempeño del rol femenino (Ivonne, Edith, & Silva, 2013).

El modelo de cuerpo delgado aparece en el siglo XX y presionando más específicamente al grupo femenino ya que a lo largo de la historia, la apariencia y la femineidad han ido íntimamente unidas. La identidad de género es el resultado de un proceso evolutivo, en el que se interiorizan las normas sociales relativas a la sexualidad. Se establecen los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculino o femenino (Plaza, 2010), por lo que muchos atributos considerados propios de los hombres y las mujeres se construyen socialmente, y como consecuencia, se potencian o inhiben ciertos comportamientos y habilidades (Ivonne et al., 2013).

Tanto es así, que el mito de la belleza se convierte en el nuevo valor principal para las mujeres, una lucha permanente y la condición primera del éxito (Plaza, 2010). Por el contrario, se ha propuesto la masculinidad como factor protector ante el desarrollo de TCA (Ivonne et al., 2013), ya que los hombres suelen ser más deportistas y no buscan exactamente una complexión delgada, debido a que el estereotipo masculino está definido por la imagen de potencia o fuerza física (Plaza, 2010).

Igualmente, se puede apreciar disparidad en la prevalencia de estos trastornos en las diferentes sociedades del mundo (Raich, 2011). La aparición de estos problemas no es

exclusivo de los países occidentales (Portela et al., 2012), encontrándose casos similares en países no occidentales expuestos a la occidentalización de sus costumbres y países con grandes cambios socioculturales y económicos. Inclusive, hay estudios recientes que afirman que aquellas sociedades en las que los trastornos de la alimentación no eran comunes, han aumentado su prevalencia quizás por la adquisición de ideas, valores e imágenes de la cultura industrial occidental (Raich, 2011). Por tanto, parece ser que los enfermos de anorexia, asumen de un modo radical los valores de belleza corporal infundidos por la sociedad (Jáuregui, 2006). También los medios de comunicación permiten que los niños y niñas desde muy temprano, reciban informaciones que promueven el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido (Portela et al., 2012). Todos estos factores nos revelan la importancia e influencia que la sociedad tiene en este trastorno.

En cuanto al tratamiento, existen según la guía de práctica clínica sobre los TCA (2009), diferentes métodos según las necesidades de cada paciente. Pueden realizarse mediante tratamiento ambulatorio, hospitalización o unidades de día, entre otros, donde es administrado por un psicoterapeuta, un profesional de la medicina y un nutricionista, además del profesional de enfermería especialista en salud mental cuyo cuidado se establece como fundamental. Todos estos profesionales deben abordar el trastorno como equipo interdisciplinar y en constante comunicación entre sus miembros en todos los tipos de tratamientos (Jáuregui, 2006; Womble, 2012). Los tratamientos para los TCA y más concretamente para la anorexia nerviosa son los siguientes:

Intervención nutricional: es el tratamiento para la AN mejor establecido y tiene como objetivo restablecer el peso y normalizar los patrones alimentarios. Empíricamente se ha comprobado que los pacientes que recuperan peso mediante la rehabilitación nutricional mejoran en otros síntomas del trastorno alimentario (Raich, 2011).

Psicoterapia individual focalizada: ayuda al paciente a entender la asociación entre sus emociones y sus relaciones personales, ayudando al paciente a superar el trastorno de forma indirecta, mediante la resolución de los problemas actuales en su vida interpersonal y el aumento de su autoestima (Raich, 2011).

Tratamiento farmacológico: el uso de psicofármacos en el tratamiento de la AN se debe a su contribución en la modificación de las anomalías en los hábitos alimenticios junto al abordaje de la psicopatología asociada a estos trastornos. No hay un fármaco o grupo de fármacos específicos para el tratamiento, usándose una gran variedad como son ansiolíticos, neurolépticos o antidepresivos, entre otros. (Jáuregui, 2006) .

Terapia cognitivo conductual: en esta terapia, se le proporciona al paciente toda la información sobre el trastorno y la sintomatología, consejos para contrarrestar la presión social y se fijan metas adecuadas. Igualmente se corrigen las percepciones y los pensamientos distorsionados del paciente, se enseñan habilidades de afrontamiento, se facilita la expresión de las emociones y se trabajan las habilidades sociales y la autoestima. Para esta terapia, es imprescindible una relación terapéutica adecuada, estableciéndose una relación de colaboración y trabajando siempre la motivación (Jáuregui, 2006).

Psicoterapia grupal o grupos de autoayuda: es una terapia complementaria, en la que grupos formados por personas que padecen estos trastornos, comparten experiencias personales e intercambian recursos. Pueden encontrarse dos tipos de grupos, los formados por los propios pacientes y los formados por los familiares de dichos pacientes (Jáuregui, 2006).

Psicoterapia familiar: teniendo en cuenta que los factores familiares son esenciales para la recuperación estable de los pacientes con trastornos mentales (Torrallas, Puntí, Arias, Naranjo, Palomino, & Lorenzo, 2011), encontramos esta psicoterapia como un

método para modificar la dinámica familiar, con el objetivo de alcanzar la recuperación del paciente y asesoramiento de los familiares (Womble, 2012). Torralbas et al. (2011) en un estudio realizado en un Hospital de Día de la ciudad de Barcelona, afirman que no se ha localizado bibliografía específica en la educación familiar por parte de enfermería en la AN, pero aún así, en este centro tienen establecido un programa de entrevistas individuales semanales de enfermería con las personas cuidadoras, al igual que otras unidades de día de la ciudad de Sevilla.

Fue en 1948 cuando un médico llamado Richardson realizó un trabajo titulado “los pacientes tienen familia”, en el que describía la importancia de la intervención familiar en la recuperación de la salud. Esto es tomado como punto de partida para estudiar las diferentes formas de trabajar con la familia (Jáuregui, 2006), aunque no debemos dejar de lado el apoyo social, el cual se ha convertido en un tema central en los estudios de Salud Mental, generando un complejo debate relacionado con el efecto positivo de las redes sociales sobre la psicología y el bienestar (Quiles & Terol, 2009).

Debido a que las relaciones interpersonales pueden influir positivamente en la mejora de la autoestima (Martínez et al, 2010), los trabajos realizados hasta el momento, confirman que el apoyo social debe ser considerado como una importante variable en el caso de la conducta alimentaria. Han sido varios los autores que han investigado sobre la importancia de la red social en los TCA, pero encontramos discrepancias en las conclusiones finales de sus estudios.

Según Ghaderi y Scott en Quiles & Terol (2003), no existen diferencias en el apoyo social percibido de los amigos entre personas que padecen o no un trastorno de este tipo. No obstante, una gran parte de los estudios realizados sobre las fuentes de apoyo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), afirman que las jóvenes diagnosticadas de AN cuentan con un menor número de proveedores de apoyo en comparación con la población sana. Según Tiller y colaboradores, un 14% de las pacientes anoréxicas no disponen del apoyo de un mejor amigo, justificándolo como resultado del deterioro que sufren las relaciones y las redes de apoyo en enfermedades de larga evolución como éstas (Quiles & Terol, 2003).

Por otro lado, hay estudios que sitúan al grupo de amigos dentro de las principales fuentes de apoyo. Concretamente McClintock y Evans en el año 2001, demuestran que no es tan pobre el apoyo social recibido como lo es el percibido por la persona enferma, afirmando que la carencia no está en la red de apoyo sino en la autoaceptación del paciente y el apoyo social que percibirá (Quiles & Terol, 2003) y otro realizado en 2009 a 98 mujeres diagnosticadas de TCA, en el cual se concluye que el 70,4 % recibe apoyo de los amigos (Quiles & Terol, 2009).

La familia surge cada vez más en la literatura como la fuente de apoyo más importante y estudiada en los pacientes diagnosticados de AN, pero se observa un vacío en cuanto al apoyo de otras redes sociales como las amistades, entre otros (Leonidas, 2012).

El análisis de redes sociales ha sido ampliamente estudiado desde el área de psicología, sociología y antropología. Se reconoce el importante papel que juega la enfermería en los estudios relacionados con cuidadores y pacientes crónico-dependientes debido a la tendencia actual de integración de estos pacientes en su entorno cercano y familiar, generando un nuevo aspecto de investigación y aplicación de técnicas sociales en el ámbito sanitario (Arroyo, Lancharro, Morillo, Romero, Pérez-Godoy, & Moreno-Guerín, 2013; Romero, 2012).

Ya en 2003, Quiles y Terol hablaban de la necesidad de un mayor desarrollo investigador en cuanto a apoyo social y trastornos de la conducta alimentaria. En el año 2009, ampliaban el estudio del apoyo social en estos trastornos, pero no llegaban a elaborar la red de apoyo social, lo que si se llegan a realizar en 2012 y 2013 Leonidas y

Dos Santos tras la entrevista a un número determinado de jóvenes diagnosticadas de AN.

El análisis de red ha sido inusual desde la enfermería (Arroyo et al., 2012) y respecto al área de Salud Mental y concretamente en AN, no se han encontrado estudios, siendo la mayoría de los artículos encontrados durante la revisión bibliográfica en relación al apoyo social y salud mental realizados por parte de profesionales de la psicología.

En cuanto a la evaluación y tratamiento de los TCA, según AED (Association for Eating Disorders), deben estar a cargo de un equipo multidisciplinar, incluyendo profesionales de la psicología, medicina, nutrición y enfermería. Los tratamientos eficaces para la AN, tienen como objetivo restaurar el peso y estado nutricional del paciente, tratar las complicaciones físicas, proporcionar educación nutricional, modificar o mejorar las conductas previas adquiridas, tratar los trastornos asociados, conseguir apoyo familiar de la persona afectada proporcionándole asesoramiento y terapia y prevenir recaídas (Raich, 2011).

1.3 Marco teórico

La anorexia nerviosa, además de ser un trastorno psiquiátrico grave que se sitúa entre uno de los trastornos psicopatológicos que más mortalidad causa, aparece más a menudo en mujeres jóvenes adolescentes (Raich, 2011) debido a los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social que se dan en esta etapa, sumado a la preocupación constante por la belleza y la influencia de los medios de comunicación, entre otros factores (Portela et al., 2012).

Las relaciones de amistad durante la adolescencia se convierten en agentes importantes en el desarrollo psicosocial de la persona, siendo una red de apoyo de gran relevancia durante esta etapa, convirtiéndose en el contexto de socialización más influyente y en una necesidad para el desarrollo evolutivo (Martínez et al., 2010; Orcasita & Uribe, 2010).

En lo que respecta al papel de enfermería en el cuidado de la AN, todo el tratamiento que se lleva a cabo con este tipo de pacientes se basa en un compromiso terapéutico, que suele oscilar entre dos y cinco años (Jáuregui, 2006) y que puede suponer un reto para estos profesionales debido al aislamiento social que experimentan algunas de estas pacientes (Carvalho & Vaccari, 2012) y a la dificultad de los jóvenes para describir las sensaciones y las percepciones (Portela et al., 2012).

La labor de enfermería es fundamental en todas las fases del proceso, cuyos objetivos son: normalizar la conducta alimentaria, obtener o mantener un peso adecuado, tratamiento de problemas médicos asociados y abordaje farmacológico y psicoterapéutico (Jáuregui, 2006). Además, para el funcionamiento de la atención de enfermería es necesaria la guía y enseñanza tanto a la familia como al grupo de amigos (Carvalho & Vaccari, 2012), ya que al explorar el ambiente social de estas pacientes, debemos tener en cuenta la expansión de las redes extrafamiliares y la gran importancia que van ganando las relaciones con los iguales en la etapa adolescente (Martínez et al., 2010).

Como personal de enfermería, la actitud y el método de valorar al paciente es fundamental para establecer una relación de confianza, llegando a comprender la gravedad de la situación mediante la empatía, simpatía, conociendo al completo la situación del paciente y anticipándose a sus necesidades (Womble, 2012; Carvalho & Vaccari, 2012).

Teniendo en cuenta que las redes sociales representan un recurso para el abordaje integral de la salud mental para lograr algunos objetivos con el paciente (Sánchez Monge, 2010), valoramos en el presente estudio la exploración de las redes de apoyo social de estas jóvenes a través de la relación de ayuda, ya que teóricas como Peplau, la establecen como herramienta clave en el cuidado de enfermería (Galván-flores, 2009).

Para desarrollar el proceso de cuidar desde las aportaciones de la disciplina enfermera, utilizaremos los modelos de enfermería, los cuales representan la realidad y adquieren su verdadero significado cuando son trasladados a la práctica (Benavent, Ferrer, & Francisco, 2009). Por tanto, aplicaremos el *modelo de la marea en la recuperación de la salud mental* de Phil Barker para la exploración de las redes de apoyo socio-familiar en pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa.

Se dice de Peplau que es la madre de la enfermería psiquiátrica, debido a que sus trabajos condujeron al desarrollo de la psiquiatría como especialidad. Su paradigma de las relaciones interpersonales contribuyó a la base empírica del *modelo de la marea*.

Phil Barker, enfermero en psiquiatría y filósofo, nació en Escocia, cerca del mar, lo que influyó en su interés por el agua y le llevó a emplear en su modelo diferentes metáforas para expresar lo que es conocido como el estrés humano (Marriner & Raile, 2011). El agua, es la metáfora de la experiencia vivida, donde los problemas sufridos serían las tempestades y el rescate psiquiátrico debe parecerse a un salvavidas. En esta problemática, la enfermera debe relacionarse con la experiencia continua de la persona y comprometerse con ella, lo que Barker estableció como “puente”, siendo “el medio para llegar a la persona, cruzando las aguas turbias del malestar psíquico en el proceso” (Marriner & Raile, 2011).

Debemos saber que el modelo de la marea de Phil Barker no es un modelo de asistencia o tratamiento, sino que ayuda al profesional de enfermería a explorar qué significa la salud mental para el paciente y cómo ayudarla en el viaje de la recuperación. Para ello, existen *diez compromisos* que unen a la persona con su cuidador y deben estar bien ubicados en cualquier equipo o profesional individual que desarrolle el modelo de la marea (Marriner & Raile, 2011). Explicaremos los *diez compromisos* a continuación y su aplicación en la relación del profesional de enfermería con las pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa.

Tabla 2. Los diez compromisos en el modelo de la marea de Phil Barker. (Elaboración propia a partir de Marriner & Raile, 2011)

- 1. Valorar la voz.** Todo proceso de ayuda comienza y concluye con la historia de la persona. Aseguraremos que todas las valoraciones y registros de los cuidados se hacen desde la “voz” de la paciente y su propia experiencia del trastorno de alimentación.
- 2. Respetar el lenguaje.** Solo la persona puede expresar su experiencia y representar lo que sólo ella misma puede saber. Animaremos a la persona a hablarnos sobre su red apoyo haciendo uso de sus propias palabras.
- 3. Desarrollar la curiosidad genuina.** Frecuentemente, los profesionales se interesan únicamente por “lo que está mal”. La curiosidad genuina significa interesarse por la persona y entender su historia, por lo que exploraremos tanto sus relaciones interpersonales satisfactorias como las que no lo son.
- 4. Llegar a ser el aprendiz.** El profesional puede aprender de la historia de la persona si se convierte en el aprendiz. Más que dirigir, aprenderemos qué es necesario hacer.
- 5. Utilizar el equipo de herramientas disponibles.** La historia de la persona contiene muestras de lo que ha funcionado en ella en el pasado y es lo que utilizaremos para crear la historia de recuperación. Por lo tanto, aquellas habilidades sociales que empleaba y las relaciones que han sido en un pasado satisfactorias nos servirán como punto de partida.
- 6. Trabajar un paso más allá.** El “primer paso” es muy significativo, ya que muestra el poder de cambio y el objetivo final. Trabajaremos con la persona en el “yo ahora”, estudiando “qué debe hacerse ahora” en relación al apoyo percibido y ayudándola a avanzar hacia un siguiente paso.
- 7. Dar el don del tiempo.** El profesional con frecuencia encuentra el tiempo para hacer “lo que debe hacerse” y dedicaremos el tiempo oportuno a la comunicación interpersonal constructiva.
- 8. Revelar la sabiduría personal.** “Solo la persona puede conocerse a sí misma”. Las personas pueden tener dificultades para expresar plenamente la complejidad de su experiencia y le ayudaremos a revelar su historia y explorar los sujetos que le apoyan en ella.

9. Saber que el cambio es constante. “El cambio es inevitable, pero el crecimiento es opcional”. Apoyaremos a la paciente en su toma de decisiones y le daremos a conocer que se está produciendo un cambio.

10. Ser transparente. Escribir la historia del paciente corre el riesgo de impedir y limitar las elecciones vitales de la persona, por lo que conservaremos el propio lenguaje de la persona y trabajaremos en colaboración, volviendo la relación enfermera-paciente aún más transparente.

Los diez compromisos serán aplicables tras el diagnóstico de AN a una paciente, la cual explorará sus propias vivencias y reconducirá su estado actual con ayuda del profesional de enfermería hacia la recuperación. Durante esa relación terapéutica, exploraremos las redes de apoyo de las que dispone para la consiguiente colaboración de sus miembros en el cuidado. Para ello, es necesario hacer una distinción entre los términos red social y apoyo social.

La red social es el conjunto de relaciones humanas del individuo y está constituida por los sujetos que constituyen el ambiente social primario de la persona. Estos vínculos son los que se convierten en los sistemas de apoyo social (Orcasita & Uribe, 2010). Esta red influye en la salud de la persona y tanto es así que numerosos autores coinciden en que es un componente fundamental para el ajuste y bienestar del individuo (Orcasita & Uribe, 2010; Leonidas & dos Santos, 2013; Martínez et al., 2010).

En cuanto a su relación con la salud mental, debemos tener en cuenta que las relaciones interpersonales permiten a la persona obtener compañía y apoyo emocional, teniendo certeza además de que las personas que no participan en redes sociales adecuadas pierden oportunidades de desarrollo (Sánchez Monge, 2010) y que cuanto mayor sea el apoyo social recibido por una persona, menor será el impacto de la enfermedad que padezca (Galván-flores, 2009).

Uno de los instrumentos para evaluar el apoyo social consiste en el análisis de red, el cual obtiene información sobre los que lo proporcionan, preguntando de quién se recibirá en distintas situaciones. Para la elaboración de este proyecto, nos centraremos en la red creada por Sluzki en 1997, el cual afirma que la identidad se construye constantemente a lo largo de la vida y de la interacción del individuo con otros miembros (familia, amistades, vecindad, personas conocidas, etc.), contribuyendo estas personas a la formación de la personalidad. Establecer lazos de confianza con los miembros de la red permite un mayor apoyo, prevención y atención de la salud (Leonidas, 2012).

Sluzki representa la red social del individuo en un mapa dividido en cuatro cuadrantes, donde se incluyen la familia, amistades, compañeros de estudio o empleo, relaciones en la comunidad y relaciones con las instituciones, como por ejemplo los servicios de salud, legales o de creencias religiosas. En el caso de los TCA, el uso de este análisis se justifica con la inestabilidad de las relaciones sociales y su posible relación con la aparición de la enfermedad (Leonidas, 2012; Leonidas & dos Santos, 2013).

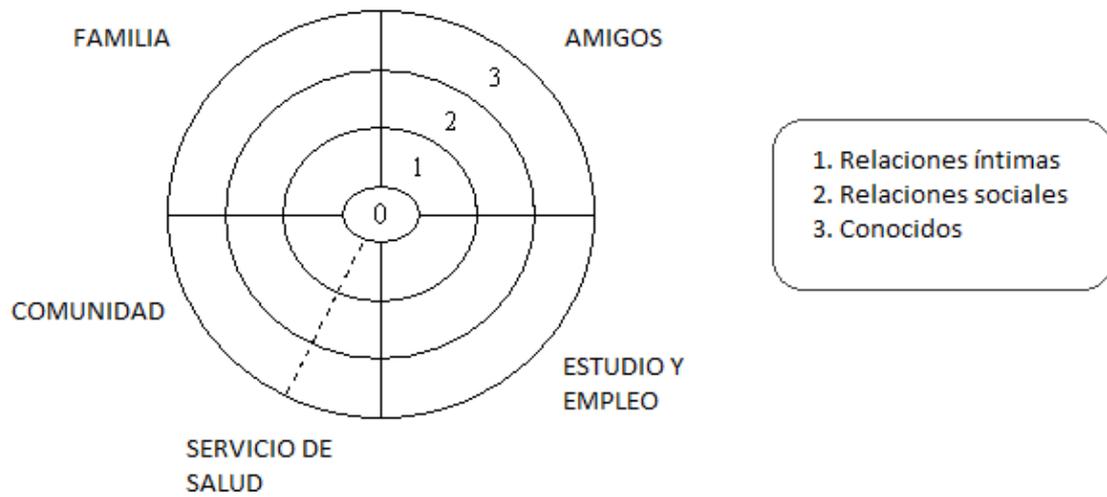


Figura 1. Mapa de redes propuesto por Sluzki (1997). (Elaboración propia a partir de Leonidas, 2012)

1.4 Objetivos

Objetivo general

- ▶ Analizar las redes sociales de apoyo de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa asistidas en el Hospital de Salud Mental Virgen del Rocío de la ciudad de Sevilla.

Objetivos específicos

- ▶ Analizar el apoyo social proporcionado por las relaciones de amistad a jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa asistidas en el Hospital de Salud Mental Virgen del Rocío de la ciudad de Sevilla.
- ▶ Conocer el apoyo social percibido por jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa asistidas en el Hospital de Salud Mental Virgen del Rocío de la ciudad de Sevilla.
- ▶ Identificar los miembros de la red de apoyo social de nuestros sujetos de estudio y cómo es su relación con los mismos durante el transcurso del trastorno de alimentación.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño del estudio

Para cumplir con los objetivos marcados, realizaremos un estudio de diseño fenomenológico con enfoque cualitativo. Este tipo de diseño, explora las experiencias individuales subjetivas de los sujetos. Con él, se pretenden describir los fenómenos desde el punto de vista del propio paciente a través del análisis de su discurso y con la consiguiente búsqueda de sus posibles significados (Salgado, 2007).

El motivo que justifica el uso de dicho diseño es la subjetividad que acompaña a los sistemas de apoyo social, ya que todos los sujetos que componen el sistema, son emocionalmente significativos para el individuo (Orcasita & Uribe, 2010) y es éste mismo quien mejor puede relatar tal vivencia. Por tanto, el deseo de la investigación cualitativa, es conocer las experiencias de una enfermedad o determinados acontecimientos, bajo el enfoque del sujeto y no solo analizando los aspectos fisiológicos (Campos, Barbosa, & Fernandes, 2011) y entendiendo como experiencia vivida el tiempo y el espacio donde ocurre el fenómeno, la persona que vivencia dicha experiencia y la interacción con otros y el mundo que lo rodea (Palacios-Ceña & Corral, 2010), siendo esa interacción la que queremos explorar en el presente estudio a través de las redes de apoyo.

Para ello, el investigador debe dejar de lado sus creencias, valores y experiencias y describir lo que percibe y escucha, alejando cualquier conocimiento preestablecido (Palacios-Ceña & Corral, 2010). Igualmente, al investigar los fenómenos, se dan cambios en el punto de vista sobre la práctica de salud o el significado del proceso salud-enfermedad, lo que aporta un nuevo conocimiento para la salud, por lo que el fenómeno contado por la persona enriquece el conocimiento para la investigación y mejora la calidad de los cuidados de enfermería (Campos et al., 2011).

2.2 Sujetos de estudio

Los sujetos que formarán parte del estudio es lo que denominamos como muestra y son aquellos individuos que han experimentado la situación o fenómeno explorado (Palacios-Ceña & Corral, 2010), es decir, en el presente estudio, aquellas personas que padecen anorexia nerviosa y de las cuales quieren explorarse sus redes sociales de apoyo.

Realizaremos la elección de los participantes por propósito o conveniencia, acudiendo al lugar, contexto y personas donde presumiblemente accederemos a más información sobre el fenómeno en estudio y lo haremos de forma progresiva, ya que a medida que el estudio avanza, puede ser preciso profundizar en determinadas situaciones o experiencias para alcanzar una perspectiva más amplia del fenómeno. El muestreo cualitativo también se precisa como intencional, ya que tomaremos decisiones de selección en función de los descubrimientos durante nuestra indagación (Tójar, 2006)

Los participantes del estudio serán diez mujeres que hayan sido diagnosticadas de AN, de edad comprendida entre 16 y 25 años, que asistan al servicio durante el período de recolección de datos y que hayan aceptado su inclusión en el estudio. Cabe decir, que partiremos de esta muestra inicial, pero que utilizaremos el principio de saturación

teórica, concluyendo la recolección de los datos cuando no emerja ningún dato nuevo o relevante o incorporando más pacientes al estudio si fuese necesario.

Finalmente, el estudio se llevará a cabo en el Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío de la ciudad de Sevilla.

2.3 Variables o dimensiones del estudio

Existen una serie de variables que analizaremos para identificar las características socio-demográficas de las participantes. Para ello, utilizaremos un documento donde registraremos sus datos sociodemográficos, los cuales nos ayudarán a caracterizar la muestra y situar a las pacientes en un contexto determinado. Se acompañará de la entrevista en profundidad y la elaboración del mapa de red, documentos que serán explicados con más exhaustividad en el apartado 2.4.

Para identificar las variables propias del estudio utilizaremos la categorización, que según Miles y Huberman en Tójar (2006), es “un instrumento de organización y recuperación que permite al analista identificar rápidamente, extraer y agrupar todos los segmentos relacionados con una pregunta, hipótesis, concepto o tema”. Este proceso es habitualmente inductivo, pero en nuestro caso, lo haremos a priori, estableciendo las categorías previamente a la realización del estudio y modificándolas si fuese necesario conforme avanza el análisis de la información, ya que estaremos atentos a la posible aparición de temáticas emergentes. Diferentes registros se incluyen en una misma categoría, suponiendo bajo diferentes criterios que dichos registros tienen algo en común. Serán 3 categorías las que exploraremos:

- Relaciones interpersonales
 - Sentimientos hacia las relaciones interpersonales
 - Aportaciones de las relaciones interpersonales

- Relaciones familiares
 - Composición de la familia
 - Calidad de la relación con los familiares
 - Influencia del trastorno en las relaciones familiares

- Relaciones de amistad
 - Características de las relaciones de amistad
 - Calidad de las relaciones de amistad
 - Influencia del trastorno en las relaciones de amistad

2.4 Técnicas de recogida de datos

En la fenomenología, destaca la entrevista en profundidad como uno de los métodos más empleados para la recolección de datos (Tójar, 2006), el cual es definido por Taylor y Bogdan en Ruiz (2012) como “encuentros reiterados, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan con sus propias vidas”. La entrevista en profundidad, permite la obtención de una gran riqueza de información holística, contextualizada y personalizada. Es además un método flexible y económico que permite acceder a información difícil de observar (Valles, 2007) y donde se pretende ahondar en los temas más relevantes, quedando el investigador en un segundo plano y siendo el informante el protagonista (Tójar, 2006).

Concretamente elegimos como técnica de recogida de datos la entrevista en profundidad semi-estructurada, la cual contará con un guión a modo orientativo el cual incluye los temas y subtemas a cubrir en relación a los objetivos pautados, que no proporciona las formulaciones textuales y cuyas preguntas pueden ser enunciadas de forma aleatoria sin seguir el orden preestablecido (Valles, 2007). Dicho guión se recoge en el Anexo 2 y se complementa con el Anexo 3 con el que se elaborará el mapa de red de las entrevistadas.

Llevaremos a cabo diez entrevistas individuales, las cuales tendrán una hora de duración por cada participante. Los primeros cuarenta minutos, se emplearán para llevar a cabo la entrevista en profundidad, en la que se realizarán preguntas relacionadas con sus relaciones interpersonales en general y otras más específicas sobre el ámbito familiar y las relaciones de amistad. Los veinte minutos restantes, se usarán para la elaboración del mapa de red de la entrevistada. La participante será quien elabore el mapa de red mientras que el entrevistador solo intervendrá para guiarla en caso de dudas o complicación en su elaboración.

Como hemos mencionado con anterioridad, el número de entrevistas puede ser modificado basándonos en el principio de saturación teórica. Puesto que es un tipo de técnica conversacional, la entrevista será grabada con una grabadora de voz para, una vez realizada, ser transcrita literalmente y así facilitar su análisis posterior.

Para garantizar la validez y fiabilidad del documento empleado para la elaboración de la red, valoraremos su grado de adecuación mediante una prueba piloto, realizándola a dos jóvenes de edades comprendidas entre 16 y 25 años, independientemente si han padecido o no AN, para valorar si el lenguaje empleado en el documento es comprensible, si hay preguntas que suscitan a malestar o rechazo o si existe algún error en el diseño de estas.

2.5 Análisis de datos

El análisis de los datos lo realizaremos de forma simultánea a la recogida de los mismos, para así identificar los conceptos importantes y los que faltan por recoger en entrevistas posteriores a través de la comprensión y la búsqueda de conexiones entre los datos encontrados, realizando un análisis de contenido y tratando de descubrir los significados manifiestos y latentes de la transcripción de la entrevista y el mapa de red elaborado. Es decir, además de analizar los datos, debemos interpretarlos y es a través de esto como exploraremos las diferentes redes de apoyo de las que la paciente dispone y específicamente, la importancia o no del apoyo por parte de la red de amistad de cada una de las participantes.

Una vez que revisemos todo el material que poseemos (grabaciones de audio, redes de apoyo social, anotaciones, etc.), llevaremos a cabo la transcripción de la información, donde coleccionaremos toda la información verbal, no verbal y contextual.

En busca de la facilitación de nuestro trabajo, los datos serán analizados mediante el programa informático NUD*IST NVIVO, el cual nos ayudará a estructurar la información mediante la selección y agrupación de fragmentos del texto. También nos permitirá la codificación, entre otras muchas opciones. No obstante, no debemos olvidar que esto es tarea propia del investigador y que el programa informático es una herramienta más (Rubio & Varas, 2011).

Para la codificación de la información, recurriremos a la categorización de los datos, la cual ha sido abordada en el apartado 2.3. A cada categoría establecida a priori y las

posibles de nueva aparición, le será asignado un código que la identifique (un número, letra, símbolo, etc.) con el fin de que el análisis sea más sencillo.

Existen diferentes criterios para garantizar la calidad de todo el proceso investigador. Es importante tener en cuenta que en la investigación cualitativa, el concepto de calidad debe estar presente en todas las fases que compongan el estudio, desde la elección del tema hasta su difusión (Tójar, 2006). Los criterios más utilizados para la evaluación de estudios cualitativos y los que serán utilizados en nuestro estudio, son los redefinidos por Lincoln y Guba en Vasilachis (2006), los cuales son: credibilidad, transferibilidad, seguridad-auditabilidad y confirmabilidad.

En la presente investigación, dichos criterios serán garantizados mediante la realización del estudio de forma responsable y redactando de forma completa y precisa todo lo relatado por las jóvenes participantes de nuestro estudio. Evaluaremos el conocimiento logrado y la posibilidad de generalizar los hallazgos obtenidos, lo que nos permitirá transferir los resultados a un contexto similar al estudiado. Asimismo, para ampliar la perspectiva y la profundidad del fenómeno, llevaremos a cabo la triangulación del estudio, que será realizado por la tutora y los integrantes del grupo del trabajo de fin de grado. Por otro lado, una vez finalizada la transcripción de los datos, las entrevistadas podrán leer los documentos del estudio para valorar si se identifican con el texto.

2.6 Aspectos éticos

La ética de la investigación pretende seleccionar y lograr unos fines moralmente aceptables mediante medios moralmente admisibles (Salamanca, 2013), existiendo derechos que no pueden ser de ninguna forma infringidos como son, la dignidad, la privacidad, la imagen o la sensibilidad de las personas además de proteger la integridad de las instituciones donde se lleve a cabo la investigación (Tójar, 2006). Deben por tanto garantizarse los principios éticos fundamentales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Basándonos en estos principios, protegeremos a las personas no solo del daño físico, sino también del psicológico y para ello, a la hora de realizar la entrevista, las preguntas serán formuladas de la forma más adecuada posible. Los participantes tienen derecho a recibir un trato justo durante todo el estudio, donde no exista discriminación ni incumplimiento de lo prefijado, entre otros aspectos. Además, uno de los aspectos más importantes es garantizar la privacidad del sujeto, a través del anonimato y la no divulgación de la información de forma ilícita. Para ello, utilizaremos seudónimos para nombrar a las diferentes participantes, codificando la información de cada sujeto usando las iniciales de su nombre y primer apellido, seguido por la edad. Asimismo, realizaremos las entrevistas en consultas o habitaciones individuales y privadas del centro.

Por último, se incluye el derecho de la paciente al conocimiento de toda la información y al derecho de decidir si quiere o no formar parte de la investigación. A través del consentimiento informado (CI) garantiremos que la participante ha expresado voluntariamente su propósito de participar en la investigación tras otorgarle la posibilidad de reflexionar o responderle las dudas que se le presenten. Proporcionaremos un CI (Anexo 4) a cada uno de las participantes, donde autoricen su participación en la entrevista y confirmen su conocimiento de todo el estudio. Deberán también autorizarlo los padres o tutores legales de las participantes en el caso de ser menores de dieciocho años de edad.

Asimismo, el Comité de Ética de Investigación de Centro del Hospital Virgen del Rocío evaluará la idoneidad del estudio tras la entrega del documento de solicitud de

autorización (Anexo 5) y haremos entrega de una segunda solicitud al coordinador del Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío (Anexo 6).

2.7 Limitaciones y prospectiva del estudio

Existen una serie de elementos que limitan nuestra investigación, siendo los principal, algunos de los síntomas que se dan en la AN como son el retraimiento social o negación de la enfermedad. Este hecho, puede dificultarnos la recogida de información o incluso conllevar a que los datos recogidos no sean del todo verídicos.

No obstante, aunque la muestra elegida puede ser suficiente para entender el fenómeno y alcanzar los objetivos pactados, podría ser necesario ampliar la muestra a un mayor número de participantes y/o a un mayor rango de edad. Además debemos valorar hacerlo de forma multidisciplinar, participando otros profesionales en su elaboración y la posibilidad de realizarlo en más centros para así poder generalizar los datos a otros centros donde se presta asistencia a estos trastornos.

Por otro lado, los resultados del presente estudio, podrían transferirse a otras patologías, como son la bulimia u otros trastornos de la alimentación, siempre teniendo en cuenta las diferencias que caracterizan a todos y cada uno de ellos. Además, siendo éste un estudio oportuno y actual, es aplicable en el ámbito sanitario y concretamente, en centros donde se trabaja con pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa, pudiéndose desarrollar planes de intervención que supongan funciones definidas para los miembros de la red de la persona afectada, con el fin de involucrarlos activamente en el cuidado.

2.8 Fases del estudio

Para la programación y planificación de nuestro estudio, decidimos realizar un cronograma de elaboración propia, donde esquematizar las fases compuestas por las diferentes tareas que se llevarán a cabo para cumplir con la investigación. Dividiremos su elaboración en dos partes, siendo la primera el trabajo de campo y la segunda la fase de análisis. La duración del estudio será de nueve semanas, comenzando en Julio del año 2014 y concluyendo en Septiembre del año 2014. Las fases son las siguientes:

- Trabajo de campo

Objetivo: incluye la inmersión en el centro (Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío) y la explicación a todos los participantes de todo el proceso y los objetivos de la investigación. También envuelve las entrevistas individuales a cada una de las participantes.

Duración: un mes (Julio del año 2014)

- Fase de análisis

Objetivo: incluye la transcripción y análisis de los datos, que como hemos hecho referencia en el apartado 2.5, se hará de forma simultánea a las entrevistas, a pesar de la necesidad de ampliar esta fase más allá de la recogida de datos para completar las transcripciones. También envuelve la codificación y categorización de los datos, y la corrección, redacción y entrega del informe final.

3. BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, A., Lancharro, I., Morillo, M. S., Romero, R., Pérez-Godoy, E., & Moreno-Guerín, A. (2013). Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género. *Cultura de los cuidados* , 17 (35), 76-85.

Benavent, M. A., Ferrer, E., & Francisco, C. (2009). *Fundamentos de enfermería*. Valencia: DAE.

Benito, A., & Diéguez, M. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. *Medicine* , 9 (86), 5529-5535.

Campos, P., Barbosa, M. A., & Fernandes, G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de cuidados* , 15 (29).

Carvalho, C. R., & Vaccari, P. (2012). Enfermeiros e clientela com bulimia e anorexia: estudo de caso. *Rev Bras Enferm* , 65 (3), 495-500.

Castellano, G. (2013). El adolescente y su entorno. *Pediatría integral* , 17 (2), 109-116.

Ministerio de sanidad y consumo (2009). *Guía práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

Galván-flores, G. M. (2009). La enfermera en la red social de apoyo. *Revistas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* , 17 (2), 61-62.

Ivonne, J., Edith, K., & Silva, C. (2013). Autopercepción, ideal personal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. *Psicología y Salud* , 23 (1), 63-73.

Jáuregui, I. (2006). *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atracones y obesidad*. Barcelona: Grafema.

Leonidas, C. (2012). *Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares (Tesis inédita de maestría)*. Ribeirão Preto.

Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2013). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: reflexao e critica* , 26 (3), 561-571.

Lobo, A. (2013). *Manual de psiquiatría general*. Madrid: Editorial médica panamericana.

Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.

- Martínez, A. E., Inglés, C. J., Piqueras, J. A., & Ramos, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* , 8 (1), 111-138.
- Orcasita, L. T., & Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: avances de la disciplina. Vol. 4. Nº 2* , 4 (2), 69-82.
- Palacios-Ceña, D., & Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva* , 21 (2), 68-73. Doi: 10.1016/j.enfi.2009.11.003
- Peláez, M. A., Raich, R. M., & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* , 62-75.
- Plaza, J. (2010). La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Icono* , 62-83.
- Portela, M. L., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición hospitalaria* , 27 (2), 391-401. Doi: 10.3305/nh.2012.27.2.5573
- Quiles, Y., & Terol, M. C. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* , 3 (2), 313-333.
- Quiles, Y., & Terol, M. C. (2009). Assesment of Social Support Dimensions in Patients with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology* , 12 (1), 226-235.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Romero, R. (2012). Redes de apoyo socio familiar en personas con enfermedad crónica. En M. d. Pérez, M. del Mar, & I. Mercader, *Acercamiento multidisciplinar a la Salud en el envejecimiento* (págs. 505-512). Almería: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Rubio, M. J., & Varas, J. (2011). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Salamanca, A. B. (2013). *El aeiou de la Investigación en Enfermería*. Madrid: Fuden.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit* , 13, 71-78.

Sánchez Monge, A. Redes sociales y salud mental: una alternativa para la intervención. En U. d. Rica, *La salud pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas* (págs. 399-423). Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica.

Sánchez Monge, A. (2010). *Redes sociales y salud mental: una alternativa para la intervención*. Recuperado el 5 de 2 de 2014, de <http://saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/21%20Redes%20sociales.pdf>

Tójar, J. C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La muralla.

Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.

Torrallas, J., Puntí, J., Arias, E., Naranjo, M. C., Palomino, J., & Lorenzo, Á. (2011). Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería clínica*, 21 (6), 359-363. Doi: 10.1016/j.enfcli.2011.02.013

Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Woelders, L., Larsen, J., Scholte, R., Cillessen, A., & Engels, R. (2010). Friendship group influences on body dissatisfaction and dieting among adolescent girls: a prospective study. *Journal of adolescent health*, 456-462.

Womble, D. (2012). *Introducción a la enfermería de la salud mental*. Barcelona: Wolters Kluwer.

4. ANEXOS

Anexo 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Nacionalidad:

Nivel de estudios: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

¿Hijos? Sí No

Personas con las que convive:

Nombre	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es miembro de algún grupo? En caso afirmativo, indique cuál: _____

Año de diagnóstico de Anorexia nerviosa: _____

Centros específicos donde ha sido tratada anteriormente:

Anexo 2

GUIÓN DE ENTREVISTA

➔ RELACIONES INTERPERSONALES

- Me gustaría que me hablastes sobre tus relaciones interpersonales en general
- ¿Qué crees que te aporta la gente de tu alrededor?
- Y por otro lado, ¿Qué crees que le aportas tú a ellos?
- ¿Cuáles son los sentimientos que has experimentado con más frecuencia en referencia a tus relaciones con los demás?
- Si necesitas comentar con alguien alguna preocupación, ¿A qué persona te dirigirías primero y por qué?
- ¿Podrías nombrarme a la persona que más está ayudándote en este proceso?

➔ RELACIONES FAMILIARES

- Háblame de tus familiares más cercanos
- ¿Podrías decirme tres palabras que definan la relación entre tú y tu familia?
- ¿Piensas que tus relaciones familiares han cambiado desde la aparición del trastorno de alimentación?
- ¿Qué crees que conocen tus familiares sobre la anorexia nerviosa?

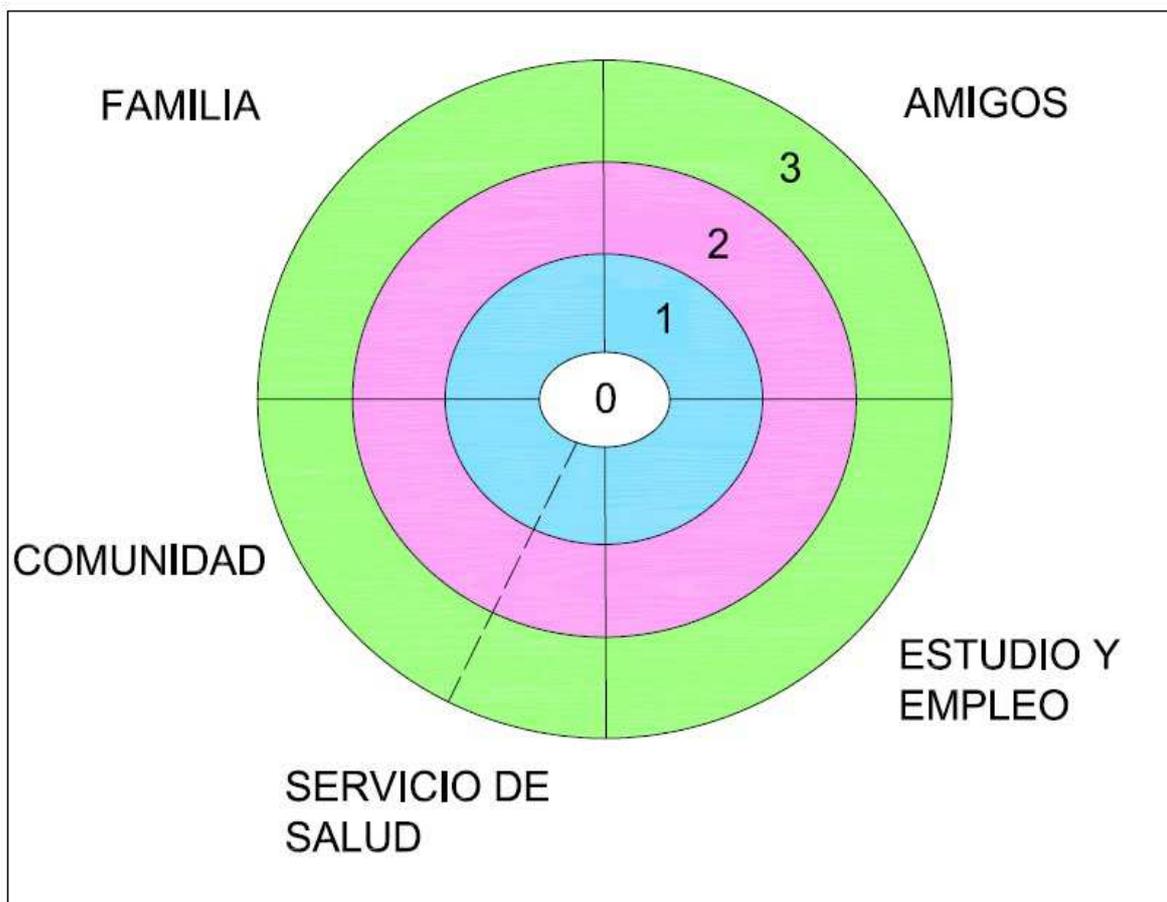
➔ RELACIONES DE AMISTAD

- Háblame de tus amigos y amigas y de dónde los conociste
- Ahora me gustaría que eligieses tres palabras que definan la relación entre tú y tu grupo de amigos y amigas
- ¿Te gustaría acudir alguna vez al centro acompañada de algún amigo o amiga?
- ¿Piensas que tus relaciones de amistad han cambiado desde la aparición del trastorno de alimentación?
- ¿Qué crees que conocen tus amigos sobre la anorexia nerviosa?
- ¿Hay alguna persona de la que te gustaría hablarme que no haya sido nombrada durante la entrevista?

Anexo 3

ELABORACIÓN DEL MAPA DE RED

A continuación, me gustaría que elaborásemos tu propio mapa de red. Para ello, debes escribir en cada sitio correspondiente el nombre de la persona que tú misma decidas. Existen cuatro cuadrantes diferentes, donde podrás ubicar a tus familiares más allegados, a tus amigos, tus compañeros de estudio y/o trabajo, los profesionales de salud y la comunidad, donde por ejemplo, puedes incluir a algún vecino u otras personas que no pertenezcan al resto de los grupos. Debes incluir en este mapa a todas las personas que recuerdes que han sido nombradas durante nuestra entrevista. No obstante, puedes añadir a otras personas a pesar de que no hayamos hablado de ellas con anterioridad. En la zona de color *azul* que corresponde al número 1, debes escribir los nombres de aquellas personas con las que tu relación sea íntima y de confianza. En la zona de color *rosa* que corresponde al número 2, se registran los nombres de las personas con las que te relaciones de forma habitual pero no formen tu círculo de relaciones íntimas y por último, en la zona de color *verde* correspondiente al número 3, debes escribir los nombres de los conocidos con los que la relación sea más distante.



Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Irene Delgado Rodríguez y soy estudiante de 4º de Grado en Enfermería en el Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, centro adscrito a la Universidad de Sevilla.

El objetivo del presente trabajo es explorar las redes de apoyo social de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa con la consiguiente búsqueda de la mejoría en el cuidado de enfermería en éste ámbito.

Su testimonio será recogido mediante una entrevista, realizada en una sala individual del Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío y serán de una hora de duración. Estará constituida por preguntas abiertas y también se requerirá la elaboración de su propia red de apoyo a través de un documento que le facilitaremos. Toda la entrevista será grabada. Si no estuviese de acuerdo, puede solicitar que la entrevista no sea grabada y sea exclusivamente registrada mediante notas.

Las preguntas serán sencillas y abordaremos todo lo relacionado con sus relaciones interpersonales, relaciones familiares y relaciones de amistad. Una vez respondidas las preguntas y con nuestra ayuda, podrá elaborar su propia red.

Durante la elaboración del estudio y su posible divulgación científica, su identidad se mantendrá totalmente en el anonimato. Por otro lado, le recordamos que su participación en el estudio es de forma voluntaria, pudiendo renunciar a su intervención en el momento que usted desee y solicitar más información antes y durante el transcurso del mismo.

Recuerde que todo este estudio pretende mejorar la asistencia de enfermería.

Yo, D^a,
he sido suficientemente informada sobre el estudio a realizar y doy mi consentimiento para ser entrevistada. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo prescindir de mi participación en el momento que considere oportuno.

Fecha:

Firma de la participante o representante legal

Anexo 5

Comité de ética de la investigación. Edificio de Laboratorios – 6ª Planta (Ala izquierda) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla

Estimados y estimadas miembros del comité,

Mi nombre es Irene Delgado Rodríguez, estudiante de 4ª de Grado en Enfermería en el Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, centro adscrito a la Universidad Sevilla. Actualmente, me encuentro cursando la asignatura “*Trabajo fin de Grado*” y con el presente documento, solicito la realización del proyecto titulado “REDES DE APOYO SOCIAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ANOREXIA NERVIOSA”

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, que tiene como objetivo explorar las redes sociales de apoyo de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa, mediante una serie de entrevistas individualizadas y la elaboración de las redes de apoyo de las participantes. Las participantes, serán diez mujeres que hayan sido diagnosticadas de anorexia nerviosa, de edad comprendida entre 16 y 25 años, que estén en buen estado de salud y asistan al Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío durante el periodo de recolección de datos, siendo este el lugar donde se realizarán las entrevistas. Adjunto el guión de la entrevista y el documento para la elaboración del mapa de red además del consentimiento informado que será entregado a todas las participantes o representantes legales de las mismas.

Esperando me sea concedido el permiso, me despido agradeciéndole su atención.

Irene Delgado Rodríguez

Anexo 6

A/A Coordinador del Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío

Con el presente documento, solicito autorización para llevar a cabo este proyecto en el Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío, el cual se sitúa dentro de la asignatura *Trabajo Fin de Grado* que actualmente curso en el Centro de Enfermería “San Juan de Dios” de Bormujos, centro adscrito a la Universidad de Sevilla.

El proyecto tiene como título:

“REDES DE APOYO SOCIAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA ANOREXIA NERVIOSA”

El estudio es de enfoque cualitativo con diseño fenomenológico y con ello pretendo explorar las redes sociales de apoyo de jóvenes diagnosticadas de anorexia nerviosa, mediante una serie de entrevistas individualizadas y la elaboración de las redes de apoyo de las participantes. La duración total sería de un mes, siendo necesarias las dos primeras semanas para la inmersión en el centro y explicación del proceso y las dos semanas restantes para la realización de las entrevistas.

Agradeciendo su atención, espero su respuesta para la puesta en marcha del proyecto.

Atentamente, reciba un cordial saludo

Irene Delgado Rodríguez